

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE TUMORES CUTÁNEOS CERVICALES MALIGNOS

Nombre y apellidos:.....

Edad: D.N.I.: N° historia clínica:

Diagnóstico del proceso: Fecha:

Médico informante: N° Colegiado:

Centro:

Este documento informativo pretende explicar, de forma sencilla, LA EXÉRESIS DE TUMORES CUTÁNEOS CERVICALES MALIGNOS, así como los aspectos más importantes del período postoperatorio y las complicaciones más frecuentes que, como consecuencia de esta intervención, puedan aparecer.

BREVE DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los tumores cutáneos malignos de la región cervical se originan a partir de las diferentes células de la piel, generalmente las células epiteliales, como el carcinoma basocelular, o el carcinoma escamoso; o las células de melanina que pueden degenerar en un melanoma. Con menos frecuencia, pueden aparecer, en la piel del cuello, otros tipos de tumores.

El tratamiento de este tipo de lesiones es muy variable en dependencia de su naturaleza, localización y tamaño: así se pueden utilizar tratamientos tópicos, como el Imiquimod, la llamada crioterapia -que es el tratamiento mediante el frío- la electrocoagulación -en la que se utiliza un pequeño bisturí eléctrico-, distintos tipos de láseres, tratamientos inmunológicos e, incluso, la exéresis quirúrgica, mediante distintas técnicas.

Habitualmente, este tipo de intervenciones se realiza bajo anestesia local; ocasionalmente puede utilizarse una analgesia/sedación; en ocasiones, puedan requerir una anestesia general: su equipo médico le aconsejará en ese sentido.

Tanto con uno, como con otro método, la extirpación debe de ser cuidadosa y limitada al área afecta. No obstante, en el caso de los melanomas, dada su gran capacidad de crecimiento y diseminación, la extirpación suele ser más amplia y pueda necesitar la exéresis de los ganglios de la zona.

Tas la intervención, por lo general, aparece una escara, en la zona de la abrasión (de la quemadura, con frío, láser o electrobisturí). Dicha zona de escara suele evolucionar a lo largo de unos días, y acaba desapareciendo. Cabe la posibilidad de que se considere su protección, mediante un apósito local, o la utilización de una pomada.

En el caso de lesiones que requieran cirugía, ésta debe de procurar que no queden cicatrices antiestéticas o zonas de retracción, siguiendo los pliegues del cuello, y teniendo en cuenta las líneas de tensión de la zona, o utilizando incisiones en zigzag. Si se han utilizado puntos de sutura, éstos se suelen retirar unos días después, y pueden ser sustituidos por las llamadas tiras de aproximación, durante otros días más.

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE TUMORES CUTÁNEOS CERVICALES MALIGNOS

Durante los primeros días, pueden aparecer molestias al tragar, o al mover el cuello. Si se trata de un melanoma, quizás sea obligada la realización del llamado vaciamiento ganglionar cervical: su equipo médico le informará concretamente sobre esta técnica. En dependencia de las circunstancias concretas de cada tumor, es posible que la cirugía deba de ser completada con radioterapia, quimioterapia o tratamientos inmunológicos.

En caso de NO EFECTUAR esta intervención

El crecimiento del tumor puede producir, además de la correspondiente deformidad estética, su diseminación a otras zonas del organismo, como los ganglios linfáticos, los pulmones, etc. El roce con la ropa puede producir pequeñas hemorragias, e infecciones ocasionalmente. Como el diagnóstico definitivo se obtiene con el estudio de la pieza de exéresis, si no se realiza la intervención, el tumor podría quedar sin diagnosticar completamente y, en consecuencia, no podría realizarse un tratamiento adecuado del mismo.

BENEFICIOS ESPERABLES

Curación del proceso y diagnóstico definitivo de la lesión.

PROCEDIMIENTOS ALTERNATIVOS

En dependencia de las características del tumor, cabría la posibilidad de tratarlo con aplicación de pomadas como el Imiquimod, radioterapia, quimioterapia, o tratamientos inmunológicos; tratamientos que pueden aplicarse solos o asociados.

RIESGOS ESPECÍFICOS MÁS FRECUENTES DE ESTE PROCEDIMIENTO

Estos tumores pueden estar próximos a vasos y nervios del cuello. Excepcionalmente podría producirse una hemorragia o una pérdida de sensibilidad de la zona.

La utilización del láser, en ocasiones, requiere la protección de zonas sensibles, como los ojos, en los que el haz del láser pueda producir lesiones.

Se puede producir un edema -inflamación- de la zona. Excepcionalmente, podría producirse el llamado «hematoma sofocante del cuello», lo que justificaría la aparición de dificultades respiratorias que pudieran requerir la realización de una traqueotomía.

Cabe la posibilidad de que se produzca la infección de la herida quirúrgica, la dehiscencia -es decir, la apertura- de las suturas, y la necrosis -es decir, la destrucción- de determinadas porciones del cuello.

La cicatriz puede ser antiestética o dolorosa.

Es posible que las lesiones se reproduzcan, lo que obligaría a una nueva intervención quirúrgica.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE TUMORES CUTÁNEOS CERVICALES MALIGNOS

Con frecuencia, durante el acto quirúrgico, se utiliza el llamado bisturí eléctrico. Con él se realizan incisiones o se cauterizan pequeños vasos que están sangrando. Si bien se tiene un esmerado cuidado con este tipo de instrumental, cabe la posibilidad de que se produzcan quemaduras, generalmente leves, en las proximidades de la zona a intervenir o en la placa - polo negativo-colocado en el muslo o la espalda del/de la paciente.

No hay que ignorar, además de todo ello, las complicaciones propias de toda intervención quirúrgica, y las relacionadas con la anestesia general, si es que se ha utilizado: se estima que la mortalidad directamente relacionada con la anestesia es muy variable, en dependencia del estado general del/de la paciente, y oscila entre 0.5-1,37 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 1 -en buen estado general-) y entre 4,7-55 por cada 100.000 intervenciones quirúrgicas (en el caso de pacientes ASA 4 -en mal estado general-), según los datos del Centro Nacional de Estadística Sanitaria (Vital Statistics Data, National Center for Health Statistics) de EEUU.

RIESGOS RELACIONADOS CON SUS CIRCUNSTANCIAS PERSONALES Y PROFESIONALES

OBSERVACIONES Y CONTRAINDICACIONES

DECLARACIONES Y FIRMAS

Declaro que he sido informado, por el equipo médico, de los aspectos más importantes de la intervención quirúrgica que se me va a realizar, de su normal evolución, de las posibles complicaciones y riesgos de ésta, de sus contraindicaciones, de las consecuencias que se derivarían en el caso de que no me sometiera a la mencionada intervención y de las alternativas a esta técnica quirúrgica.

Estoy satisfecho de la información recibida. He podido formular todas las preguntas que he creído conveniente y me han sido aclaradas todas las dudas planteadas.

Declaro, además, no haber ocultado información esencial sobre mi caso, mis hábitos o régimen de vida, que pudieran ser relevantes para el equipo que me atiende.

Sé, por otra parte, que me intervendrá quien, dentro de las circunstancias del equipo médico, en el día de la intervención, sea más adecuado/a para mi caso.

Acepto que, durante la intervención, el equipo médico pueda tomar las muestras biológicas que considere necesarias para el estudio de mi proceso, o las imágenes precisas para la adecuada documentación del caso.

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE TUMORES CUTÁNEOS CERVICALES MALIGNOS

Comprendo que, a pesar de las numerosas y esmeradas medidas de higiene del equipo asistencial que me atiende, el acto quirúrgico y la estancia en el hospital son un factor de las llamadas infecciones hospitalarias, que son excepcionales, pero posibles.

En el caso de que, durante la intervención, el equipo médico descubra aspectos de mi enfermedad, o de otras enfermedades que pudiera padecer, que le exijan o le aconsejen modificar de forma relevante el procedimiento terapéutico inicialmente proyectado, consultará la decisión a tomar con la persona autorizada por mí a este respecto. Únicamente cuando las eventualidades acaecidas durante la intervención pongan en riesgo mi vida, autorizo al equipo quirúrgico para que adopte la decisión más conveniente para mi salud.

Entiendo que es posible que el equipo asistencial finalice la intervención sin haber completado los objetivos inicialmente planteados, al enfrentarse a circunstancias no previstas que pudieran requerir mi consentimiento expreso para ser resueltas.

Entiendo que, en este documento, se me informa de los riesgos y complicaciones más frecuentes y relevantes de la intervención quirúrgica. No obstante, si yo lo precisara, el equipo médico podría facilitarme información complementaria sobre todos los riesgos y complicaciones posibles de este procedimiento quirúrgico. En resumen, considero que la información ofrecida por el equipo asistencial y la contenida en el presente documento resultan suficientes y adecuadas para comprender todos los aspectos de la intervención a la que voy a ser sometido y asumir sus riesgos y posibles complicaciones.

Tras todo ello, DOY MI CONSENTIMIENTO PARA SER SOMETIDO A ESTA INTERVENCIÓN, entendiéndolo, por otra parte, mi derecho a revocar esta autorización en cualquier momento.

En _____, a ____ de _____ de 20____

Fdo.: _____
El/La paciente

Fdo.: _____
Médico/a

Nombre y apellidos:

Firma:

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA EXÉRESIS DE TUMORES CUTÁNEOS CERVICALES MALIGNOS

TUTOR LEGAL O FAMILIAR

D./D.^a, con D.N.I.
y en calidad de, es consciente de que el
paciente cuyos datos figuran en el encabezamiento, no es competente para decidir en este
momento, por lo que asume la responsabilidad de la decisión, en los mismos términos que
haría el propio paciente.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La representante legal

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Por la presente, ANULO cualquier autorización plasmada en el presente documento, que
queda sin efecto a partir del momento de la firma.

Me han sido explicadas las repercusiones que, sobre la evolución de mi proceso, esta
anulación pudiera derivar y, en consecuencia, las entiendo y asumo.

En _____, a ____ de _____ de 20__

Fdo.: _____
El/La paciente o representante legal

Nombre y apellidos:

Firma: